
 <p>AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO PALERMO</p>	REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA E LA GESTIONE DELLE SPONSORIZZAZIONI, DELLE DONAZIONI E DELLE EROGAZIONI LIBERALI E L'ACQUISIZIONE DEI BENI IN COMODATO D'USO GRATUITO E L'UTILIZZO DEI BENI IN CONTO VISIONE/PROVA.	Unità Operativa Affari Generali
---	---	------------------------------------

ALLEGATO N°7

VERBALE DI CONSEGNA

DATI COMODANTE			
PERSONA FISICA			
Luogo di nascita _____ (Prov. _____)		Data di nascita _____	
Codice Fiscale _____			
Domicilio fiscale – Via _____			
Cap _____			
Città: _____			
Recapito telefonico _____ fax _____		indirizzo di _____	
poste _____ elettronica: _____ @ _____		indirizzo _____ pec: _____	
_____ @ _____			
DITTA – SOCIETA' - ENTE – ASSOCIAZIONE – FONDAZIONE			
Ragione Sociale _____			
Codice Fiscale _____			
Partita IVA _____			
Domicilio fiscale – Via _____			
Cap _____			
Città: _____			
Operante nel settore: _____			
Recapito telefonico _____ fax _____		indirizzo di _____	
poste _____ elettronica: _____ @ _____		indirizzo _____ pec: _____	
_____ @ _____			
Iscrizione _____		Registro _____	Imprese _____
_____ Città _____			
Iscrizione _____		Registro _____	Regionale delle Associazioni di Volontariato della Regione _____
_____ del _____			
DATI RELATIVI AL BENE			
COMODATO DI BENI			
Tipo: _____		Marca _____	

 <p>AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO PALERMO</p>	<p>REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA E LA GESTIONE DELLE SPONSORIZZAZIONI, DELLE DONAZIONI E DELLE EROGAZIONI LIBERALI E L'ACQUISIZIONE DEI BENI IN COMODATO D'USO GRATUITO E L'UTILIZZO DEI BENI IN CONTO VISIONE/PROVA.</p>	<p>Unità Operativa Affari Generali</p>
---	--	--

Modello _____
Produttore _____
Valore commerciale del bene espresso in € _____
DATI RELATIVI ALL'UNITA' OPERATIVA DI DESTINAZIONE
Sede: _____ Via _____
Unità Operativa _____

Con il presente verbale si dichiara:

- che alla presenza del rappresentante dell'Azienda Ospedaliera _____ e del rappresentante della ditta _____, nel viene constatato, in buono stato di conservazione e di manutenzione il bene suddetto presso la sede sopra indicata.
- l' Azienda Ospedaliera, verificato lo stato del bene prende in consegna dello stesso.

Data _____

Per L'Azienda Ospedaliera _____

Per la Ditta _____